

転園届

次のとおり、保育所等の転園を希望します。  
なお、保育所等の利用調整のため、世帯の所得状況その他必要な事項を福祉事務所長が確認することに同意します。

|                     |            |                  |  |        |              |                            |             |           |     |  |                          |
|---------------------|------------|------------------|--|--------|--------------|----------------------------|-------------|-----------|-----|--|--------------------------|
| (宛先)川崎市             |            |                  |  | 福祉事務所長 |              | 届出日                        |             | 令和 年 月 日  |     |  |                          |
| 児 童                 | 支給認定<br>番号 | (既に支給認定を受けている場合) |  | 認定日    | 令和 年 月 日     |                            | 希望利用<br>開始日 | 令和 年 月 1日 |     |  |                          |
|                     | フリガナ       |                  |  |        | 性<br>別       | <input type="checkbox"/> 男 | 生年<br>月日    | 令和 年 月 日  |     |  |                          |
|                     | 氏名         |                  |  |        |              | <input type="checkbox"/> 女 |             |           |     |  |                          |
|                     | 父・その他      | フリガナ             |  |        |              | 児童から<br>見た続柄               |             | 個人<br>番号  |     |  |                          |
| 氏名                  |            |                  |  |        |              |                            |             |           |     |  |                          |
| 母・その他               | フリガナ       |                  |  |        | 児童から<br>見た続柄 |                            | 個人<br>番号    |           |     |  |                          |
|                     | 氏名         |                  |  |        |              |                            |             |           |     |  |                          |
| 転園を<br>希望する<br>保育所等 |            | 保育所等の名称          |  |        | 見学済          | 保育所等の名称                    |             |           | 見学済 |  |                          |
|                     |            | 第1<br>希望         |  |        |              | <input type="checkbox"/>   | 第5<br>希望    |           |     |  | <input type="checkbox"/> |
|                     |            | 第2<br>希望         |  |        |              | <input type="checkbox"/>   | 第6<br>希望    |           |     |  | <input type="checkbox"/> |
|                     |            | 第3<br>希望         |  |        |              | <input type="checkbox"/>   | 第7<br>希望    |           |     |  | <input type="checkbox"/> |
|                     |            | 第4<br>希望         |  |        |              | <input type="checkbox"/>   | 第8<br>希望    |           |     |  | <input type="checkbox"/> |

|                  |                                            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |   |                                                                                       |  |  |  |  |
|------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 保<br>育<br>状<br>況 | ■ 保育所等に通園している ⇒ 令和 年 月 日から                 |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |   |                                                                                       |  |  |  |  |
|                  | 施設名 _____                                  |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |   |                                                                                       |  |  |  |  |
|                  | 住所 _____ 電話番号 _____ ( )                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |   |                                                                                       |  |  |  |  |
|                  | 保育時間 : ~ :                                 |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |   |                                                                                       |  |  |  |  |
|                  | <input type="checkbox"/> その他 _____         |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |   |                                                                                       |  |  |  |  |
|                  | 児 童<br>の<br>状<br>況                         | 病歴・<br>持病等                                                                            | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有⇒ 病名( ) 令和 年 月 日から                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |   |                                                                                       |  |  |  |  |
|                  |                                            |                                                                                       | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 ( ) 回<br><input type="checkbox"/> 入院歴 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日<br>その後の経過( )                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |   |                                                                                       |  |  |  |  |
|                  |                                            | 発育                                                                                    | 言葉や発育について相談している病院や施設<br><input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 ⇒ 施設名( ) 令和 年 月 日から<br>月 回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |   |                                                                                       |  |  |  |  |
|                  |                                            | アレルギー<br>の状況                                                                          | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他( )<br>除去の内容 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去なし<br>医師の指導に基づいて <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いらない<br>食物以外のアレルギー( ) |  |  |   |                                                                                       |  |  |  |  |
|                  |                                            | 投薬の状況                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有⇒ 薬の名称( )<br><input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> その他( ) 回/日<br>※原則として、保育所等での投薬行為はできません。                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |   |                                                                                       |  |  |  |  |
| その他              | 保育所等の利用にあたり、健康上又は発育上気になることがありましたら記入してください。 |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |   |                                                                                       |  |  |  |  |
| 送迎<br>予定者        | 朝                                          | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  | 夕 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |  |  |

<必ず裏面も記入してください。>

|                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    |                                                                                    |                                   |                        |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------|
| 父<br>方<br>祖<br>父<br>母<br>の<br>状<br>況                                               | 祖父                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    | 祖母                                                                                 |                                   |                        |           |
|                                                                                    | 氏名                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 年齢     | 希望利用開始日時点                                                                          | 氏名                                                                                 |                                   | 年齢                     | 希望利用開始日時点 |
|                                                                                    | (□ 死亡 □ 不明)                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 歳      | (□ 死亡 □ 不明)                                                                        |                                                                                    | 歳                                 |                        |           |
|                                                                                    | 住所                                              | □ 同居 □ 別居 (1 k m以内) □ 別居 (1 k m超)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                                                                                    | 住所                                                                                 | □ 同居 □ 別居 (1 k m以内) □ 別居 (1 k m超) |                        |           |
|                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    | (□ 同左)                                                                             |                                   |                        |           |
|                                                                                    | □ 就労 □ 疾病 □ その他 ( )                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    | □ 就労 □ 疾病 □ その他 ( )                                                                |                                   |                        |           |
|                                                                                    | 就労先 ( )<br>電話 ( )<br>勤務日数・時間<br>□ 週 □ 月 日 : ~ : |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    | 就労先 ( )<br>電話 ( )<br>勤務日数・時間<br>□ 週 □ 月 日 : ~ :                                    |                                   |                        |           |
| 病名 ( )<br>通院日数 □ 週 □ 月 日<br><small>具体的な状況(介護・障害者手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small> |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        | 病名 ( )<br>通院日数 □ 週 □ 月 日<br><small>具体的な状況(介護・障害者手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small> |                                                                                    |                                   |                        |           |
| 母<br>方<br>祖<br>父<br>母<br>の<br>状<br>況                                               | 祖父                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    | 祖母                                                                                 |                                   |                        |           |
|                                                                                    | 氏名                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 年齢     | 希望利用開始日時点                                                                          | 氏名                                                                                 |                                   | 年齢                     | 希望利用開始日時点 |
|                                                                                    | (□ 死亡 □ 不明)                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 歳      | (□ 死亡 □ 不明)                                                                        |                                                                                    | 歳                                 |                        |           |
|                                                                                    | 住所                                              | □ 同居 □ 別居 (1 k m以内) □ 別居 (1 k m超)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                                                                                    | 住所                                                                                 | □ 同居 □ 別居 (1 k m以内) □ 別居 (1 k m超) |                        |           |
|                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    | (□ 同左)                                                                             |                                   |                        |           |
|                                                                                    | □ 就労 □ 疾病 □ その他 ( )                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    | □ 就労 □ 疾病 □ その他 ( )                                                                |                                   |                        |           |
|                                                                                    | 就労先 ( )<br>電話 ( )<br>勤務日数・時間<br>□ 週 □ 月 日 : ~ : |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    | 就労先 ( )<br>電話 ( )<br>勤務日数・時間<br>□ 週 □ 月 日 : ~ :                                    |                                   |                        |           |
| 病名 ( )<br>通院日数 □ 週 □ 月 日<br><small>具体的な状況(介護・障害者手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small> |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        | 病名 ( )<br>通院日数 □ 週 □ 月 日<br><small>具体的な状況(介護・障害者手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small> |                                                                                    |                                   |                        |           |
| 同<br>居<br>の<br>状<br>況<br>そ<br>の<br>他<br>の                                          | 氏名                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 児童との関係 |                                                                                    | 年齢                                                                                 | 希望利用開始日時点                         | □ 就労 □ 疾病<br>□ その他 ( ) |           |
|                                                                                    | 就労先 ( )<br>電話 ( )<br>勤務日数・時間<br>□ 週 □ 月 日 : ~ : |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    | 病名 ( )<br>通院日数 □ 週 □ 月 日<br><small>具体的な状況(介護・障害者手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small> |                                   |                        |           |
| 兄弟姉妹<br>2人以上で<br>申込む場合                                                             |                                                 | <input type="checkbox"/> 同じ保育所等で同時期の入所のみを希望する。(それ以外の入所しかできない場合、同じ施設に同時期に入所できるようになるまで待ちます。)<br><input type="checkbox"/> 同時に入所でできれば、兄弟姉妹別施設でもよい。(1人だけの入所しかできない場合、同時入所できるようになるまで待ちます。)<br><input type="checkbox"/> 1人だけの入所でも希望する。<br><br><b>【兄弟姉妹が同時に入所可能な場合】</b><br><input type="checkbox"/> 兄弟姉妹別園でも希望順位を優先する。<br><input type="checkbox"/> 同園であれば希望順位が低い園でもよい。 |        |                                                                                    |                                                                                    |                                   |                        |           |
| 福祉事務所使用欄                                                                           |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    |                                                                                    | 受付                                | 収受印                    |           |
|                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    |                                                                                    |                                   |                        |           |
|                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    |                                                                                    | 入力                                |                        |           |
|                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    |                                                                                    | 確認                                |                        |           |
|                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                    |                                                                                    |                                   |                        |           |